



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Sykepleieres holdninger til personer med schizofreni,
og hvordan dette påvirker brukerens bedringsprosess**

Lise Knutzen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 51

Molde, 25. November 2009



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Sykepleiernes holdninger til personer med schizofreni, og hvordan dette påvirker bedringsprosessen

Tittel på engelsk: Nurses attitudes towards people with schizophrenia, and how that affects the recoveryprocess

Forfatter(e): Lise Knutzen

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Britt Mari Olsen

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ja ☐nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ja ☒nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ja ☐nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ja ☒nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 23.10.2009

Antall ord: 11 936

Abstrakt

Bakgrunn: Bakgrunnen for studien er Arnhild Lauveng og hennes bok ”I morgen var jeg alltid en løve”.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å undersøke sykepleiernes holdninger til personer med schizofreni, og hvordan dette påvirker brukerens bedringsprosess.

Metode: Metoden som ble benyttet var litteraturstudium. Gjennom systematiske søk ble det innhentet forskning som allerede er gjort på området. Det ble til sammen fortatt 6 søk med forskjellige søkekombinasjoner i 8 forskjellige databaser. Datamaterialet ble analysert med Malterud (2003) som rettesnor.

Resultat: Mange sykepleiere var av den oppfatning at schizofreni er en kronisk sykdom med dårlige utsikter til bedring. Den beste indikasjonen på utfallet for personer med schizofreni er kvaliteten på de terapeutiske relasjonene. Men for å skape en god relasjon er det viktig med likeverdighet og respekt.

Konklusjon: Studien fant at mange sykepleiere hadde negative holdninger til schizofreni og liten tro på brukernes muligheter for bedring. Men studien fant også at sykepleierne forsøkte å etablere gode terapeutiske relasjoner, der de vektla prinsipper om likeverdighet og empowerment. Og sykepleierne forsøkte å vise respekt og anerkjennelse for brukerne og deres kamp for bedring.

Nøkkelord: holdninger, sykepleie, empowerment, likeverdighet og bedring

Abstract

Background: Background for the study is Arnhild Lauveng and her book ”I morgen var jeg alltid en løve”.

Aim: The aim of this study was to investigate nurses’ attitudes towards people with schizophrenia, and how that influences the patients’ recoveryprocess.

Method: The method used was literature study. Through systematic search we obtained prior research in the area. It was conducted 6 searches in 8 different databases. Data were analyzed with Malterud (2003) as a guideline.

Results: Many nurses were of the view that schizophrenia is a chronic disease with poor prospects of recovery. The best indication of recovery in schizophreia is the quality of the therapeutic relationships. But to create a good relationship it is important with equality and respect.

Conclusion: The study found that many nurses had negative attitudes towards schizophrenia. But the study also found that the nurses tried to create good relations, where they emphasized the principles of equality and empowerment. And the nurses tried to show respect and appreciation for the patients and their fight for recovery

Keywords: attitudes, nursing, empowerment, equality and recovery

Det må være lov å utvikle seg, å endre seg, og å bli frisk.

Det er tøft nok å gjøre den jobben om ikke helsevesenet skal gjøre det enda vanskeligere ved å si at det er umulig

(Lauveng 2006, s. 194)

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Definisjon av begrep	1
1.1.1 Pasient eller bruker	1
1.1.2 Tradisjonell psykiatrisk sykepleie.....	2
1.2 Hensikt	3
1.2.1 Forskningsspørsmål	3
2. Teoribakgrunn	4
2.1 Historisk perspektiv	4
2.2 Schizofreni	5
2.3 Hva er en bedringsprosess?	6
2.3.2 Holdninger	9
2.3.3 Empowerment	10
3. Metode	12
3.1 Databasesøk	12
3.1.1 Etiske hensyn.....	16
3.2 Analysemetode	16
4. Resultat.....	18
4.1 Hvilke holdninger har sykepleierne til personer med schizofreni?	18
4.1.1 Sykepleiernes holdninger til brukere med schizofreni	18
4.1.2 Sykepleiernes holdninger til bedringsprosessen	18
4.2 Hvordan formidler sykepleieren tro på at brukeren kan bli bedre?	20
4.2.1 Betydningen av terapeutiske relasjoner	20
4.2.2 Sykepleieren som ”bevarer av håpet”	21
4.3 Hvordan påvirkes brukerens bedringsprosess av sykepleierens holdninger?	22
4.3.1 Positiv innvirkning på bedringsprosessen	22
4.3.2 Negativ innvirkning på bedringsprosessen.....	22
5. Diskusjon.....	24
5.1 Metodediskusjon	24
5.2 Resultatdiskusjon.....	27
5.2.1 Sykepleiernes holdninger til personer med schizofreni.....	27
5.2.2 Hvordan formidler sykepleieren tro på at brukeren kan bli bedre?	28
5.2.3 Sykepleiernes innflytelse på brukernes bedringsprosess.....	31
5.2.4 Sykepleiernes holdninger til medikasjon.....	32
6. Konklusjon.....	34
7. Litteraturliste	36
Vedlegg 1: PIO - skjema	38
Vedlegg 2: Willman – skjema for kvantitative forskningsartikler	39
Vedlegg 3: Willman – skjema for kvalitative forskningsartikler.....	41
Vedlegg 4: Artikkelloversikt	43

1. Innledning

Temaet til min oppgave er holdninger. Jeg valgte å fokusere på schizofreni av to grunner. Den ene grunnen er at jeg i utgangspunktet visste lite om schizofreni, og det lille jeg visste, var i det store og hele feilaktig. Den andre grunnen er at jeg fikk høre om Arnhild Lauveng og hennes historie. Hun har hatt diagnosen schizofreni og har vært innlagt i ulike psykiatriske avdelinger i ti år. Hun har blitt frisk og jobber nå som psykolog. Hun skriver om hvordan det var å være syk, hvordan hun ble møtt da hun var syk og ikke minst hvordan det var å bli frisk (Lauveng 2006).

Jeg valgte å knytte holdningene opp mot bedringsprosessen fordi jeg trodde at schizofreni var en sykdom man ikke kunne bli frisk av. Men da jeg leste om Arnhild Lauveng, skjønte jeg at det ikke var tilfelle. Da begynte jeg å lure på om det var flere enn meg som gikk rundt og trodde at schizofreni var en sykdom man bare måtte leve med. Jeg tenkte også på hvilken innvirkning denne forståelsen av sykdommen ville ha for de som er rammet av den.

Oppgaven er basert på et tema som er svært relevant for sykepleierutdanningen. Holdningene du har påvirker deg og måten du møter andre på. Men dine holdninger påvirker også den du møter. På bakgrunn av dette mener jeg at denne studien vil ha overføringsverdi til andre deler av sykepleiefaget, og til livet generelt. Derfor mener jeg at dette er en oppgave med klar relevans for sykepleiefaget.

1.1 Definisjon av begrep

Det er viktig å være bevisst begreper vi bruker i en profesjonell sammenheng. De ulike begrepene kan ha ulik mening i forskjellige kontekster, og ulike meninger kan bidra til uklare oppfatninger og forventninger (Tveiten 2007).

1.1.1 Pasient eller bruker

I følge Tveiten (2007) forbinder mange begrepet pasient med det å være syk eller å ha en sykdom. Å bruke begrep som forbruker eller kunde om pasienter i helsetjenesten, kan virke uheldig, fordi relasjonene mellom helsepersonell og pasient aldri reduseres til et

kundeforhold, og en pasient er mer enn en forbruker (Tveiten 2007). Når en blir identifisert av andre som pasient, med de egenskapene det innebærer, identifiserer man seg til slutt med rollen selv og mister perspektivet på de andre rollene og mulighetene en kan ha. Askheim og Starrin (2007) mener at pasientrollen har en tendens til å bli dominerende i forhold til alle andre roller en innehar. Dette virker passiviserende og destruktivt (Askheim og Starrin 2007).

I følge Tveiten (2007) er brukerbegrepet i Norge forbundet med prinsippene om brukermedvirkning og brukeren som ekspert på seg selv. Det å være en bruker innebærer en mulighet for selvbestemmelse. Det å være bruker innebærer både rettigheter og plikter, knyttet til medvirkning og ansvar for egen helse, eget liv (Tveiten 2007). Graden av brukermedvirkning hos den individuelle brukeren må ses i sammenheng med hvor i rehabiliteringsprosessen den enkelte er. På bakgrunn av dette kan vi si at begrepet bruker må relateres til graden av rehabilitering hos brukeren. Ordet bruker vitner om at vedkommende i alle fall til en viss grad kan ta vare på seg selv (Bredland, Linge og Vik 2002).

På bakgrunn av dette velger jeg å benytte begrepet bruker i min litteraturstudie, med mindre det ut fra kontekst er mer naturlig å benytte begrepet pasient.

1.1.2 Tradisjonell psykiatrisk sykepleie

Vatne (2006) sier at tradisjonell psykiatrisk sykepleie kan tilbakeføres til 1700-tallet. Da det ble bygd spesialsykehus for de ”gale”. På 1800-tallet førte den moralske behandlingsbevegelsen til en humanisering av behandlingsforholdene for pasientene. De ble isolert fra samfunnet, i asyler, men de ble behandlet med respekt og verdighet i rene, trygge og rolige omgivelser. Vatne (2006) sier at det var trusler om streng straff og bruk av straffende midler når pasientene ikke fulgte akseptable normer for atferd. Mens diagnoser og kategorier ble brukt som forklaring på ulike typer problemer som oppstod i kontakt med pasientene. I følge Vatne (2006) ble det lett etter årsaker til adferd i pasientens personlighet, og behandlerne unnlot da å se adferd som et uttrykk for en sosial relasjon eller konflikt.

I følge Vatne (2006) oppsto det terapeutiske samfunn som en motvekt til den moralske behandlingsbevegelsen. Det terapeutiske samfunn hadde et behandlingsprinsipp basert på verdier som tillit, åpenhet, likhet, aksept, fellesskap og solidaritet. Idealet var at pasientene skulle være frivillig innlagt. Pasientene måtte likevel stå til ansvar for sin handlinger, og ble konfrontert med avvikende adferd (Vatne 2006). Dagens tradisjonelle psykiatriske sykepleie har med seg elementer fra de tidligere periodene, tilpasset dagens samfunn.

1.2 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å undersøke sykepleiernes holdninger til personer med schizofreni, og hvordan dette påvirker brukernes bedringsprosess.

1.2.1 Forskningsspørsmål

- Hvilke holdninger har sykepleierne til personer med schizofreni?
- Hvordan formidler sykepleierne tro på at brukeren skal bli bedre?
- Hvordan påvirkes brukernes bedringsprosess av sykepleiernes holdninger?

2. Teoribakgrunn

2.1 Historisk perspektiv

Det har blitt gjort en sammenligning av fem oppfølgingsundersøkelser av pasienter med schizofreni som var foretatt på 1970- og 1980-tallet. Ut fra denne sammenligningen kom det frem at ca en tredjedel av alle med diagnosen schizofreni kommer seg helt og ca en tredjedel kommer seg sosialt. Det vil si at kun en tredjedel forblir langvarig syke. Men selv de tilsynelatende langvarig syke kunne overraske sine omgivelser og motsi ekspertenes forutsigelser om en ”kronisk sykdom”. Alain Topor skriver: *Alvorlige psykiske lidelser er ikke uhelbredelige, kroniske og håpløse* (Topor 2005).

I 1970-årene gjennomførte WHO(World Health Organisation) en oppfølgingsundersøkelse på ni steder som omfattet både industriland og utviklingsland. Undersøkelsen viste at schizofreni forekommer i alle kulturer. Men det som overrasket forskerne var at sannsynligheten for å komme seg var betydelig høyere for befolkningen i u-landene enn for de i i-landene. I løpet av en toårsperiode kom 59% seg i u-landene mot 39% i i-landene. For å forklare dette uventede resultatet ble det fremsatt fire hypoteser:

1. De mente at forklaringen kunne være at de med mest alvorlige problemer ikke kom i kontakt med helsevesenet i u-landene.
2. En annen hypotese var at det kunne forklares ut fra familiestrukturen i u-landene. I u-landenes storfamilier ville ”byrden” det syke familiemedlemmet utgjorde kunne fordeles på flere personer, og dette ville bidra til å redusere spenningen i relasjonen til den som hadde problemene.
3. En annen mulighet kunne være at arbeidsmarkedet i u-land ikke var så strengt regulert. Dermed blir det lettere å finne arbeidsoppgaver selv for den som ikke kan delta for fullt. Dermed unngår de rammede den belastningen det innebærer å havne utenfor det sosiale fellesskapet. I Sverige, og sannsynligvis også i Norge, var det vanskelig for de som hadde mistet jobben på grunn av psykiske problemer, å få fotfeste i arbeidslivet igjen.
4. Forskerne mente også at det kunne skyldes de kulturelle forestillingene som florerte i i-land om hva som forårsaket de psykiske problemene. Disse teoriene var belastende for den som var rammet av slike problemer uavhengig av om teoriene stemte eller ikke. I u-landene baserte folket seg i større grad på spirituelle

forklaringsmodeller. Disse modellene hadde det som i den vestlige verden blir kalt Placebo-effekt. Når så mange samlet seg i troen på det, var det nok til å skape forandringer som resulterte i bedring (Topor 2005).

Richard Warner, en amerikansk psykiater, sammenlignet et stort antall oppfølgingsundersøkelser som var foretatt fra 1900 og frem til 1980. Han hevdet at sosiale og kulturelle omstendigheter hadde innvirkning på hvor mange som ble bedre. Han så at antallet som kom seg varierte i årenes løp, og at perioden da det var færrest antall personer som kom seg falt sammen med den økonomiske depresjonen i 1930-årene, en periode med høy arbeidsløshet. Videre så han at i de periodene andelen personer som ble bedre var høyest, var perioder med lav arbeidsløshet (Topor 2005).

2.2 Schizofreni

I følge Snoek og Engedal (2008) er schizofreni den vanligste formen for psykose. Og det er til en hver tid ca 20 000 personer med diagnosen schizofreni i Norge. Det er omtrent like mange av hvert kjønn som blir rammet, og de fleste er i alderen 18 – 28 første gang de blir syke (Snoek og Engedal 2008). Videre sier Snoek og Engedal (2008) at den psykotiske utviklingen ofte kommer helt uventet og uten at man kan forklare hvorfor. Det er som regel snakk om svært sammensatte årsaker til at en person utvikler schizofreni. Faktorer som spiller inn kan være genetiske forhold, selv om dette i seg selv ikke er tilstrekkelig til å skape sykdom. Men Snoek og Engedal (2008) viser til en betydelig økt sykdomsrisiko hos nære slektninger. Samtidig som sosiale faktorer spiller inn i tillegg til akutte livshendelser. Ingen av disse faktorene er sykdomsfremkallende i seg selv, men kan være en del av forklaringen (Snoek og Engedal 2008).

I følge Snoek og Engedal (2008) er det ikke noe enkelt symptom som er så typisk for lidelsen at den gir grunnlag for å stille diagnosen. Men en kombinasjon av symptomer sammen med symptomenes varighet gir oss muligheten til å stille diagnosen. Det er fire grunnsymptomer som regnes som de mest spesifikke for schizofreni. Det er assosiasjonsforstyrrelse, autisme, affektavflatning og ambivalens. I tillegg til disse grunnsymptomene har de forskjellige symptomene blitt delt inn i to grupper: positive og negative symptomer. Positive symptomer er de symptomene som er tydelige og observerbare for andre, og som retter seg utover. De negative symptomene på den andre

siden er de symptomene som er mindre påfallende for andre, men alvorlige for brukeren, ved at han eller hun trekker inn i seg selv (Snoek og Engedal 2008).

Her er en oversikt over positive og negative symptomer:

Positive symptomer	Negative symptomer
Vrangforestillinger	Affektmatthet
Tankemessig desorientering	Følelsesmessig tilbaketrekning
Hallusinatorisk adferd	Sparsom emosjonell kontakt med andre
Uro/agitasjon	Passiv/apatisk sosial tilbaketrekning
Storhetsideer	Problemer med abstrakt tenkning
Mistenksomhet/forfølgelsesideer	Mangel på spontanitet og ledighet i samtale
Fiendtlighet	Stereotyp tenkning

Hentet fra Snoek og Engedal 2008, s. 72

Schizofreni deles gjerne inn i tre forskjellige typer blant annet ut fra symptomer. *Hebefren schizofreni* kalles også "ungdomssløvsinn". Denne typen kjennetegnes ved at den gjerne opptrer svært tidlig, og at det spesielt er negative symptomer som er fremtredende. *Katatton schizofreni* forbindes med at den begynner plutselig og at en gjerne får enten stor motorisk uro eller tilstiving. Denne gruppen kjennetegnes også ved at de gjerne har hallusinasjoner som gjør at de kan gå til angrep på andre. Den tredje typen er *paranoid schizofreni* og blir gjerne dominert av vrangforestillinger enten i form av storhetsideer eller forgiftnings- eller forfølgelsesideer (Snoek, Engedal 2008).

2.3 Hva er en bedringsprosess?

Helsepersonell har en viss formening om hva som ligger i begrepet bedring. Men de ytre kriteriene for bedring, de helsepersonell går ut ifra, stemmer ikke alltid med det personen selv opplever (Borg og Topor 2003). For å forstå bedring, og pasienter i bedring, er det viktig å definere ordet. Richard Warner(1985) har utformet tre definisjoner på bedring:

1. Bedringen innebærer et fravær av innleggelser i et visst tidsrom
2. Den andre definisjonen er å komme seg sosialt. Å komme seg sosialt innebærer at den tidligere pasienten klarer å håndtere sin sosiale situasjon.
3. Den tredje definisjonen er å være helt bra. Det innebærer fullstendig fravær av psykotiske symptomer og at personen fungerer på samme nivå som før han eller hun fikk lidelsen (Borg og Topor 2003).

Flere har prøvd å sette ord på hva bedring er. Patricia Deegan (1988) beskriver bedring som en prosess, en måte å møte hverdagens utfordringer på. Hun mener at målet for bedring er å kunne være en del av den menneskelige strøm. Hun mener også at bedring innebærer å mestre utfordringene ved sine funksjonsbegrensninger og å gjenoppbygge opplevelsen av integritet og mening (Borg og Topor 2003).

Han tok et tegneark, og tegnet en stor svart firkant midt på. Så rakte han arket og noen farger til meg, og bad meg om å fullføre tegningen. (...) Da jeg var ferdig, var hele arket fullt av former og farger, og den svarte firkanten var blitt en del av mønsteret. (...) ”Jeg ødela hele arket ditt, Arnhild,” sa han. ”Jeg tegnet en stor svart firkant midt på som ødela alt og jeg tegna den med tusj så du ikke kunne fjerne den. Den er der ennå, men du laget et mønster rundt som firkanten ble en del av. Den er ikke stygg lenger, og den ødelegger ingenting. Den er blitt en naturlig del av en fargerik helhet. Det er ingen grunn til at du ikke skulle kunne gjøre det samme med livet ditt (Lauveng 2006, s. 197-198).

Bedring fremstår ikke som noen rettlinjet prosess, men som et liv og en hverdag med oppturer og nedturer, der den enkelte prøver å finne sine egne veier (Borg og Topor 2003).

Når sykepleierne mobiliserer brukerens engasjement, emosjonalitet og selveksponering påvirker dette behandlingsresultatet positivt i følge Karlsson (2008). Dette skyldes til dels at den subjektive opplevelsen av egne ferdigheter er betydningsfull for hvor godt en kan lykkes og samtidig fremme tilliten til egen mestring. I følge Karlsson (2008) har delaktighet i behandlingen en positiv innvirkning på brukernes mulighet til å oppnå god helse. Kylmä et. al. (2006) sier at håp er en faktor som er av betydning for bedringsprosessen. Det er viktig med positive forventninger til forløpet ved schizofreni og at det er viktig at denne kunnskapen formidles både til brukere, familie og klinikere (Borg og Topor). Flere brukere beskrev det å få impulser og verktøy gjennom behandlingsprosessen som en opplevelse av håp og mening for det videre livet. De gav uttrykk for at når de ble passe støttet og utfordret og fikk gå i sitt eget tempo, opplevde de å ha kontroll og styring over sin egen bedringsprosess. Og dette igjen økte deres motivasjon for videre arbeid (Karlsson 2008).

En anerkjennende holdning kan fungere forsonende i behandlingsforhold når det gjelder å bli sett og forstått, og er av betydning for at brukeren skal oppnå gunstig selvutvikling (Vatne 2006). Brukerne presiserte, i følge Karlsson (2008) at det var svært viktig hvilke holdninger personalet møtte dem med. Men de gav uttrykk for at de ikke hadde blitt møtt med noen ovenfra-og-ned-holdning, og at dette hadde bidratt til å øke deres opplevelse av likeverdighet. I Karlsson (2008) undersøkelse fremhevet brukerne en trygg atmosfære, gode mellommenneskelige relasjoner og omgivelser, samt det å bli møtt på et likeverdig grunnlag innenfor forutsigbare og strukturerte rammer som et vesentlig grunnlag for å bli motivert til behandling. Dette bidrar til at brukerne opplever å bli sett, forstått og respektert, og det er avgjørende for at de skal kunne føle at de har verdi som mennesker. Karlsson (2008) mente at det å møtet sykepleiere som gikk ut av sin profesjonsrolle gav brukerne opplevelsen av å bli møtt som et vanlig menneske. Betydningen av det å bli møtt og bekreftet som et voksent menneske ble kommentert av flere brukere; *Vi er tross alt voksne mennesker og klarer å tenke sjøl*. Flere sa at *det var godt å få bare være en voksen person* (Karlsson 2008, s. 126), noe som bidro til å øke deres ansvar og motivasjon under oppholdet på institusjonen (Karlsson 2008).

Mamma hadde sett meg knuse kopper mange ganger før. (...) Likevel dekket hun med rosekoppene sine, i fullstendig tillit til meg som så mange ganger hadde vist at jeg overholde ikke kunne betros en kopp. Og selvfølgelig knuste jeg dem ikke. Selvfølgelig sviktet jeg ikke hennes tillit. Koppene, og kaffebordet, ropte ut hennes forventninger til meg; du er fortsatt jenta mi, Arnhild (Lauveng 2006, s. 89).

I følge Karlsson (2008) kan økt ansvar og motivasjon hjelpe brukerne til å bruke sine egne ressurser i stedet for at deres egenskaper eller problemer skal bli behandlet eller korrigert. Mennesker lærer på forskjellige måter, og det bør derfor legges opp til alternative læringsstrategier fra sykepleiernes side mener Karlsson (2008). Sykepleierne kan sammen med den enkelte bruker undersøke hvordan erfaringer og innsikt fra behandlingssituasjonen kan omsettes i mer gunstige mestringsstrategier (Karlsson 2008).

2.3.2 Holdninger

Bunkholdt(2005) definerer holdninger slik:

En holdning er en relativt varig måte å organisere tanker, følelser og adferdstilbøyeligheter på, og er knyttet til verdispørsmål om samfunnet, en etnisk gruppe eller annet (Bunkholdt 2005, s. 188).

Kristoffersen et. al. (2005) mener at våre holdninger er viktige i den forstand at det er et spontant uttrykk for hvordan vi er som personer, og for hvordan vi reagerer i spesielle situasjoner. Som sykepleier må en ha situasjons- og menneskekunnskap nok til å vite hvordan en virker inn på andre, og hvilken betydning ens egne holdningsuttrykk kan ha. I dette ligger det at vi har ansvar for våre holdningsmessige reaksjoner, at vi må tilpasse væremåten vår til aktuelle situasjoner (Kristoffersen et. al. 2005). I en sosial situasjon kan det være aspekter ved selve situasjonen som fører til at en må velge å holde tilbake en holdningsuttryking (Bunkholdt 2005).

Utviklingen av holdninger er en del av sosialiseringen fordi de både dannes som resultat av samspill med andre, og påvirker måten vi omgås andre på. Forhold som ser ut til å kunne forutsi noens adferd ut fra deres holdninger, er hvor sterk og konsekvent holdningen er, i hvilken grad den er basert på direkte erfaringer og hvor spesifikk den er (Bunkholdt 2002).

Men det hendte at jeg får lyst på en dusj utenom fastlagte tider. Det fikk jeg ikke lov til dersom jeg sa: ”Jeg har lyst på et bad, er det greit?” Da ble jeg alltid henvist til regler og avtaler og tidspunkt. Men hvis jeg gråt, kanskje klorte meg litt også, og sa at stemmene maste sånn og jeg følte meg skitten, uverdigg og ekkel, så hadde jeg mye større sjanser for en opplåst dør (Lauveng 2006, s. 56).

Verdisyn, menneskesyn, etikk og holdning er alle ord som handler om overordnede ideer som ligger til grunn for våre handlinger og vår praksis. Vi kan ha de samme verdiene, men likevel rangere eller vektlegge dem ulikt i forhold til hverandre, og det får betydning for hva vi fokuserer på (Bredland, Linge og Vik 2002).

Vatne (2006) mener at avsky og antipati påvirker sykepleiernes holdninger i møte med brukerne. Og at sykepleierne har lett for å innta en ovenfra-og-nedad-holdning til brukere

de føler antipati for. Sykepleieren har også en tendens til å etablere subjekt-objekt-relasjoner til brukerne, noe som i følge Vatne (2006) innebære at sykepleieren betrakter brukeren som et objekt. Dette kan medføre stigmatisering, avmakt og tap av kontroll for brukeren. Det er viktig at vi som sykepleiere er bevisste på våre egne holdninger, kunnskaper, ferdigheter og verdier. For våre handlinger og vår væremåte er det sterkeste uttrykket for våre verdier (Tveiten 2007, Kristoffersen et. al. 2005)

2.3.3 Empowerment

Hva er egentlig empowerment? WHO(World Health Organisation) beskriver empowerment som en prosess der folk får større påvirkningskraft vedrørende egne helse, gjennom større makt over beslutninger og handlinger på området (Tveiten 2007). En definisjon på empowerment er denne:

...a social process of recognizing, promoting and enhancing people's abilities to meet their own needs, solve their own problems and mobilize the necessary resources in order to feel in control of their own lives. Even more simply defined, empowerment is a process of helping people to assert control over factors which affect their health (Tveiten 2007, s. 28).

I følge Tveiten (2007) er deltakelse et nøkkelord ved empowerment. Fordi deltakelse i avgjørelser som innebærer ens eget liv og helse er en forutsetning for empowerment. Men for å kunne bruke begrepet empowerment, må den som blir omtalt ha kontroll over sitt eget liv. En forutsetning for dette er at en har selvbevissthet, bevissthet i forhold til egen situasjon og bevissthet i forhold til hvordan en kan påvirke sine omgivelser. I tillegg må en ha utvikling av personlig kompetanse og kunne definere behov og problemer og beslutninger som gjelder eget liv. Det vil med andre ord si at empowerment handler om selvkontroll og tro på egne evner til og muligheter for mestring (Tveiten 2007).

Hun trodde på meg, og vi skrev den dagen en attføringsplan med målsetning universitetsutdannelse. Fullstendig vanvittig. Men likevel, nå hadde vi en ny plan, og for første gang siden jeg ble syk, og det var mange år siden, hadde vi en plan hvis hensikt var å føre meg til *mitt* mål. Dit *jeg*

hele tiden hadde hatt lyst til å reise. Og det gjorde all verdens forskjell (Lauveng 2006, s. 178).

Empowermentprosessen vil kunne uttrykkes som evnen til å følge egne beslutninger, en evne som har vokst frem i relasjonene mellom brukere og fagfolk. Alle kan utvikle empowerment, forutsatt evnen og viljen til å ta kontroll over faktorer som påvirker helsen. Det er også viktig å presisere at empowerment har ulike form for ulike mennesker og i ulike kontekster (Tveiten 2007, Askheim og Starrin 2007).

I følge Tveiten (2007) representerer empowerment en motsats til den tradisjonelle ”behandlingsmodellen”. Hun mener videre at empowerment vektlegger omfordeling av makt fra fagfolk til bruker, og dermed er et slags motsvar til det paternalistiske synet på brukeren (Tveiten 2007, Askheim og Starrin 2007, Ekeland og Heggen 2007). Brukeren har rett til informasjon, rett til å bli hørt og har rett til å medvirke, men kan ikke bestemme det som er relatert til fagutøvelsens og fagutøverens ansvar og myndighet. Medvirkning og det å være ekspert på seg selv betyr ikke at man skal eller kan bestemme alt (Tveiten 2007, Ekeland og Heggen 2007). Fravær av empowerment kan karakteriseres som reell eller innbilt maktesløshet, som lært hjelpeløshet, fremmedgjøring og opplevelse av å ikke ha kontroll over sitt eget liv (Tveiten 2007).

Tveiten (2007) sier at den enkelte kan oppnå større grad av kontroll over sitt eget liv gjennom empowerment. I følge Tveiten (2007) må sykepleiere oppgi sitt kontrollbehov og heller verdsette brukermedvirkningen for å hjelpe brukerne i empowermentprosessen. Sykepleierne må også akseptere at brukerens avgjørelser kan være andre enn de selv ville tatt, og kanskje til og med at brukeren ikke tar i mot den hjelpen som tilbys (Tveiten 2007). Sykepleieren må forholde seg til brukeren som en likeverdig partner i helseteamet, og sykepleierens rolle er å støtte og styrke brukeren, familien og/eller samfunnsfunksjonene. Denne nye måten å tenke på krever ny kompetanse og spesiell kompetanse for sykepleierne i forhold til å bidra i prosessen. Men Tveiten (2007) mener at omgivelsene ikke alltid er klare for empowermentprosessen. Gamle vaner og mangel på kunnskap eller bevissthet kan føre til at vi hjelper med noe som brukeren selv kunne klart om vi hadde ventet litt. Empowerment forventes å medføre bedring i brukerens helse og at brukerens stilling i helsetjenesten blir styrket, noe som i seg selv kan medføre behov for endringer av strukturer og organisering av helsetjenesten (Tveiten 2007, Askheim og Starrin 2007).

3. Metode

Metoden som blir benyttet i denne oppgaven er litteraturstudium. Metoden består i å gjøre systematiske søk på forskning som allerede er gjort på området. Materialet analyseres, tolkes, drøftes og presenteres som resultat av oppgaven. Siden oppgaven baseres på forskning som er gjort av andre er det viktig at det kommer fram hvorfor de utvalgte artiklene ble valgt, og hvordan utvalget ble gjort (Dalland 2000).

3.1 Databasesøk

Datasamlingen ble gjennomført gjennom systematiske litteratursøk i databasene Ovid PsycInfo, Ovid Nursing Database, Ovid Medline, Ovid AMED, Ovid British Nursing Index, ProQuest Psychology Journals, Svemed og Norart. Det ble i utgangspunktet gjennomført tre søk med forskjellige søkeord for å komme frem til de artiklene som oppgaven baseres på.

For å kunne velge ut de artiklene som var relevante for min studie satte jeg opp noen inklusjonskriterier, kriterier som måtte være til stede for at artiklene skulle være aktuelle, og noen eksklusjonskriterier, kriterier som måtte være til stede for at artikkelen skulle kunne forkastes. Inklusjonskriteriene var at forskningen hovedsakelig måtte ha foregått i Europa, fordi at de europeiske forholdene er de som best kan sammenlignes med forholdene her til lands. I tillegg måtte artiklene være skrevet på norsk, svensk, dansk, tysk eller engelsk, slik at jeg skulle kunne lese dem. Andre krav til artiklene var at de måtte være referee bedømt. Andre begrensninger jeg hadde til datasamlingen var at artiklene måtte omhandle schizofreni, mestring eller bedring og sykepleie og holdninger. I tillegg begrenset jeg utvalget til å omfatte forhold inne på institusjoner med eventuell oppfølgingsperiode ute i samfunnet i regi av nevnte institusjon. Eksklusjonskriteriene var at artiklene ikke skulle være publisert tidligere enn i 2004 fordi at det i løpet av 5 år kan skje store forandringer på et felt som dette. Dersom artiklene omhandlet andre tema enn hva som var relevant for problemstillingen ble de også ekskludert.

Søkeordene jeg benyttet var fritekstsøkeord og alle søkeordene som er nevnt under ble benyttet i alle databasene. For å finne gode søkeord benyttet jeg PIO-skjemaet(vedlegg 1)

(Nordtvedt et. al. 2007). Jeg tok utgangspunkt i studiens hensikt og satte det inn i PIO-skjemaet og benyttet søkeord med utgangspunkt i dette. I det første søket ble denne søkekombinasjonen benyttet: ”schizophrenia” AND ”treatment” AND ”nurs” AND ”attitude” OR ”behavior” AND ”treatment outcome” I forbindelse med de andre søkene ble også PIO-skjemaet (Nordtvedt et. al. 2007) benyttet, men da med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

Database	Antall treff	1. utvelgelse	2. utvelgelse	3. utvelgelse	Sum
PsycInfo	60	30	13	5	3
Medline	34	18	9	2	-----
Ovid Nursing Database	41	17	8	2	1
British Nursing Index	2	0	-----	-----	-----
AMED	2	0	-----	-----	-----
ProQuest	7	3	3	0	-----
Svemed	17	3	0	-----	-----
Norart	12	2	1	1	0
TOTALT	175	73	34	10	4

Tabell 1: resultatet fra søke- og utvelgelsesprosessen for første søk.

Det andre søket ble gjort med disse søkeordene som utgangspunkt: ”schizophrenia”, ”attitude”, ”nurs”, ”recovery” og ”empowerment”. Først gjennomførte jeg et søk med denne kombinasjonen: ”schizophrenia” AND ”attitude” AND ”nurs” AND ”recovery” OR ”empowerment”. Denne kombinasjonen av søkeord gav ikke så mange treff, så i tillegg gjorde jeg et søk med denne kombinasjonen: ”schizophrenia” AND ”recovery” OR ”empowerment”. Det ble også gjennomført et søk med denne kombinasjonen: ”schizophrenia” AND ”nurs” AND ”recovery” OR ”empowerment”. Resultatet fra alle søkekombinasjonene ble lagt sammen og presentert i samme tabell (tabell 2).

Database	Antall treff	1. utvelgelse	2. utvelgelse	3. utvelgelse	Sum
PsycInfo	44	27	9	8	4
Medline	66	18	5	4	-----
Ovid Nursing Database	26	4	0	-----	-----
British Nursing Index	28	18	11	8	2
AMED	2	1	1	0	-----
ProQuest	0	-----	-----	-----	-----
Svemed	3	1	0	-----	-----
Norart	30	4	0	-----	-----

TOTALT	143	45	19	13	6
---------------	------------	-----------	-----------	-----------	----------

Tabell 2: resultatet fra søke- og utvelgelsesprosessen for andre søk.

Det tredje søket ble utført med denne kombinasjonen i alle databasene: "schizophrenia" AND "nurs" AND "hope" OR "believe" OR "belief" OR "faith" AND "recovery" OR "empowerment".

Database	Antall treff	1. utvelgelse	2. utvelgelse	3. utvelgelse	Sum
PsycInfo	1	0	-----		-----
Medline	2	2	1		0
Ovid Nursing Database	2	0	-----		-----
British Nursing Index	0	-----	-----		-----
AMED	0	-----	-----		-----
ProQuest	0	-----	-----		-----
Svemed	0	-----	-----		-----
Norart	30	0	-----		-----
TOTALT	35	2	1		0

Tabell 3: resultatet fra søke- og utvelgelsesprosessen for tredje søk.

Det ble benytte trunkering på alle søkeordene, i tillegg til at funksjonene "Map Term to Subject Heading" og "Explode" ble brukt i OVID-databasene. Hovedsøkene ble foretatt i tidsrommet 19. Januar til 25. Februar. Det ble nødvendig å gjennomføre noen tilleggssøk, og disse ble foretatt i tidsrommet 17. – 25. September.

På grunn av et stort antall treff på søkene valgte jeg å gå gjennom datamaterialet i 3 operasjoner for å redusere antall artikler som skulle leses i sin helhet for så å kvalitetssikres. Artiklene ble beholdt eller forkastet med utgangspunkt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene og de 3 operasjonene som er beskrevet under.

Første utvelgelse ble gjort ved at alle titlene og abstraktene ble lest gjennom og ut fra disse ble det avgjort om artiklene var relevante for problemstillingen.

Andre utvelgelse ble gjort ved at abstraktene ble lest og de artiklene som passet godt til problemstillingen ble valgt ut.

Tredje utvelgelse: artiklene ble lest i sin helhet, og ble inkludert eller forkastet. Resultatet av utvelgelses prosessen er presentert i tabell 1, 2 og 3 tidligere i teksten.

Etter utvelgelsen ble artiklene kvalitetsvurdert. Alle artiklene som ble lest i sin helhet ble kvalitetsvurdert ved hjelp av Willmanns - skjema for kvantitative artikler (vedlegg 2) og

Willmanns - skjema for kvalitative artikler (vedlegg 3) (Willman et. al. 2006). Kvaliteten på artiklene ble gradert som bra, middels eller dårlig ut fra en helhetsvurdering basert på punktene i Willmanns - skjemaet (Willman et. al. 2006). Etter kvalitetsvurderingen satt jeg igjen med 9 artikler.

Når jeg hadde analysert artiklene (se 3.2) måtte jeg ekskludere noen artikler slik at jeg bare satt igjen med 7 artikler. Det ble derfor nødvendig å foreta noen flere søk. Etter tips om å plassere søkeordet "nurs" først i søkekombinasjonen gjorde jeg et forsøkt på dette, den 17. September, i form av fire forskjellige søkekombinasjoner: 1. "nurs" AND "attitude" AND "schizophrenia" AND "recovery" OR "empowerment", 2. "nurs" AND "hope" OR "faith" AND "schizophrenia" AND "recovery" OR "empowerment", 3. "nurs" AND "attitude" AND "treatment" AND "schizophrenia" AND "recovery" og 4. "nurs" AND "influence" AND "schizophrenia" AND "recovery" OR "empowerment". Disse søkekombinasjonene ble prøvd i databasene OVID PsycInfo og OVID Medline. Søkene gav ingen artikler som kunne inkluderes i studien.

Den 21. September foretok jeg et søk i OVID PsychInfo og OVID Medline med utgangspunkt i to norske forfattere som jeg har benyttet i bakgrunnsteorien til oppgaven: Marit Borg og Lisbeth Borge. Jeg fikk 14 treff, og en artikkel ble inkludert i studien. Utover dette foretok jeg et manuelt søk på tidsskriftet: *American journal of psychiatric rehabilitation* i samme databaser som nevnt over. Bakgrunnen for at jeg søkte på dette tidsskriftet var at de to artiklene jeg fant av Marit Borg var publisert i dette tidsskriftet og tittelen på tidsskriftet virket også lovende. Ved dette søket fikk jeg 103 treff. Jeg valgte å gå fort igjennom alle treffene, men med mest fokus på de tidligst treffene siden disse var av nyest dato. Jeg fant to artikler det var verdt å se nærmere på. Av disse to ble den ene av artiklene ekskludert, mens den andre ble inkludert i studien.

Den 25. September gjorde jeg et nytt søk på databasen ProQuest med denne søkekombinasjonen: "mental health nurses" AND "attitudes" der fant jeg to artikler som kunne være aktuelle. Etter gjennomlesning ble begge artiklene forkastet på grunn av at de ikke fylte inklusjonskriteriene. Jeg foretok også et søk i samme database med følgende søkekombinasjon: "mental health nurses" AND "attitudes" AND "severe mental disorder", med denne søkekombinasjonen fikk jeg 10 treff hvor en av artiklene fylte inklusjonskriteriene og blir dermed inkludert i studien. Den 28. September foretok jeg et

søk på databasen ScienceDirect med denne søkekombinasjonen: "mental health nurses" AND "attitudes". Søket gav flere treff, men ingen som fullt ut fylte inklusjonskriteriene.

Etter de ekstra søkene satt jeg igjen med 10 artikler totalt. De nye artiklene jeg fant ble analysert på samme måte som beskrevet under og integrert i det materialet jeg allerede hadde.

3.1.1 Etiske hensyn

I følge Helsinkideklarasjonen (2000) er det viktig at det blir tatt etiske hensyn ved all forskning på mennesker. Dette innebærer at deltakerne må ha gitt informert frivillig samtykke til å delta i undersøkelsen og de må ha muligheten til å trekke seg underveis i forskningen. Det er også viktig at belastningen forskningen påfører deltakerne vurderes opp mot fordelene med forskningen(Helsinkideklarasjonen 2000).

Som en del av kvalitetsvurderingen av artiklene som ble inkludert i litteraturstudien ble det vurdert om etiske hensyn ble ivaretatt i de enkelte forskningsartiklene.

3.2 Analysemetode

Malterud (2003) har beskrevet analysen i 4 trinn, disse 4 trinnene ble benyttet som rettesnor i analysearbeidet. Malteruds 4 trinn er definert slik:

- Å få et helhetsinntrykk,
- Å identifisere meningsbærende enheter,
- Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og
- Å sammenfatte betydningen av dette (Malterud 2003, s. 100)

Trinn 1: Alle artiklene ble lest igjennom. Fokuset for gjennomlesingen var å markere alle deler av teksten som belyste oppgavens problemstilling. Da dette var gjort ble den markerte teksten oversatt til norsk, og organisert i en sammenfatning for hver av artiklene. Disse sammenfatningene ble utgangspunktet for andre trinn i analysen.

Trinn 2: Artikkelsammenfatningene fra trinn 1 ble lest igjennom, og tekstbitene ble kodet ved hjelp av fargekoding. Utgangspunktet for andre trinn i analysen var å organisere

materialet under hvert av forskningsspørsmålene, som er en konkretisering av problemstillingen. Hvert forskningsspørsmål fikk en farge. Når tekstbitene ble lest igjennom ble de markert ut fra hvilken av forskningsspørsmålene bitene i størst grad kunne relateres til. Når dette var gjort ble hver av tekstbitene skrevet ned fortløpende under hvert av forskningsspørsmålene.

Trinn 3: Som utgangspunkt for dette trinnet ble materialet for hvert av forskningsspørsmålene undersøkt separat. Materialet ble sett igjennom for å se etter likheter mellom tekstbitene, og de bitene som hadde likhetstrekk ble samlet i grupper. Gruppene ble undersøkt for hva likheten i gruppen bestod av, og hva den sa noe om. Med dette som utgangspunkt fikk hver av gruppene en overskrift.

Trinn 4: I dette trinnet ble gruppene undersøkt. Selv innenfor temaene finnes det variasjoner. Det ble sett på hvilke tekstbiter som var mest like, og hvilke temavariasjoner som naturlig fulgte hverandre. Gjennom dette arbeidet ønsket jeg å skape sammenheng og helhet i presentasjonen av resultatet.

Eksempel på analyse:

Trinn 1	Trekker ut tekstbiter som er relevante for studien fra artiklene
Trinn 2	Trekker ut tekstbitene som er relevante for forskningsspørsmålet: <i>Hvordan formidler sykepleierne tro på brukerens bedringsprosess?</i>
Trinn 3	Mange tekstbiter om terapeutiske relasjoner, samhandling og elementer som er av betydning for samhandling. Trekker ut disse.
Trinn 4	Syr sammen tekstbitene til en ny helhet. Lager overskrift: <i>Betydningen av terapeutiske relasjoner</i>

4. Resultat

4.1 Hvilke holdninger har sykepleierne til personer med schizofreni?

4.1.1 Sykepleiernes holdninger til brukere med schizofreni

Tetlie et. al. (2009) mener at det er viktig å se brukeren som en person og et medmenneske, ikke som en syk person med en kronisk sykdom. Det er også viktig at brukerne blir møtt og behandlet uavhengig av deres tidligere historie. Sykepleierne mente at dette ville bidra til følelsen av likeverdighet mellom brukerne og sykepleierne. Borg og Kristiansen (2004) mente at brukerne kunne oppleve å bli møtt med et ønske om godt samarbeid og en ektefølt omsorg, men også en følelse av ydmyking og håpløshet fra psykiatriske sykepleiere (Borg og Kristiansen 2004, Tetlie et. al. 2009). Mange sykepleiere gav uttrykk for at det var som om de var låst i den tradisjonelle tankegangen om psykiatrisk sykepleie, og at dette forhindret nye og alternative tenkemåter om brukerne. Og mange sykepleiere som jobbet innenfor somatiske avdelinger, yngre sykepleiere og sykepleiere med mindre profesjonell erfaring hadde negative holdninger til schizofrene. De negative holdningene gikk på at sykepleierne oppfattet schizofrene som uforutsigbare og farlige for andre (Hellzén 2004, Björkman et. al. 2007). En undersøkelse foretatt i Storbritannia kom frem til et lignende resultat – brukere med schizofreni ble sett på som uforutsigbare og farlige (Björkman et. al. 2007). Den samme studien så en tydelig sammenheng mellom profesjonell erfaring og mindre negative holdninger til brukere med schizofreni, dette kan reflektere at økt kontakt med psykisk syke over tid ofte er forbundet med mindre negative holdninger til brukergruppen (Björkman et. al. 2007). Sykepleiernes holdninger påvirker hvordan de gjør prioriteringer i løpet av en arbeidsdag, og hvordan de utfører de arbeidsoppgavene dagen bringer med seg. Hvordan sykepleierne disponerer tiden sin, og om sykepleierne har tid til å ”bare være der” for brukeren, blir påvirket av sykepleiernes tro og holdninger om å bruke tid og praktisk hjelp som nøkkelementer i forhold til virksomme relasjoner (Borg og Kristiansen 2004).

4.1.2 Sykepleiernes holdninger til bedringsprosessen

I følge Borg og Kristiansen (2004) ser noen sykepleiere fortsatt ut til å være påvirket av Kraepelin's lengelevende oppfatning om at schizofreni er en kronisk sykdom med dårlige

utsikter til bedring. En slik oppfatning blir dessverre ofte overført til brukeren. Blant 120 sykepleiere mente over 46 % at brukere med diagnosen schizofreni aldri vil bli friske, i tillegg til at kun 3 % mente at brukere med schizofreni kunne ta seg sammen. Borg og Kristiansen (2004) påpeker viktigheten av å utvikle rollene og kompetansen til sykepleierne mot et mer åpent syn på hva som faktisk bidrar til – og hva som hindrer – bedring.

“Well as I haven’t had a successful home leave it was quite surprising,
I couldn’t even imagine that they were ready to visit my home with me,
that’s something I really appreciate” (Pitkänen et. al. 2008, s. 1601).

Sykepleiere har ansvar for de holdningene de har overfor brukeren på grunn av at de har en betydelig rolle i brukerens liv i avdelingen. I tillegg fungerer gjerne sykepleierne som rollemodeller for andre. Derfor forventes det at sykepleierne bidrar til utviklingen av kunnskap som vil bidra til økt bedring blant schizofrene (Noiseux og Ricard 2008).

I følge Hellzén (2004) hadde noen sykepleiere disse tankene om det å tilbringe tid sammen med brukerne:

“...why awaken needs that are dormant... it creates problems in the future for them... I mean, why spend time with them when they are alone in any case when they move out of the dwelling. They have no friends and are not capable of getting any” (Hellzén 2004, s. 260).

Moldevan (2007) undersøkte holdningene sykepleierne hadde til samfunnsintegrering. Gjennom direkte spørsmål om hvilke holdninger sykepleierne hadde til samfunnsintegrering, uttrykte deltakerne positive holdninger til dette. Disse holdningene var sammenfallende med synet på samfunnsintegrering som målet til det psykiatriske helsevesenet. Men da Moldevan (2007) stilte spørsmål om hvilket utfall integreringen i samfunnet ville få for brukerne, hvilke boforhold som ville være å foretrekke, og hvilke sosiale tjenester brukerne ville ha behov for, kom det frem at sykepleierne ikke hadde så stor tro på at det ville gå bra. Og siden handlinger gjerne sier mer enn ord kan sykepleierne bidra til å skape det som kalles en selvoppfylgende profeti (Moldevan 2007). Det å tilrettelegge for at brukernes behov blir tilfredstilt på områder som boforhold, arbeid og ernæring, har en lang tradisjon innen sykepleiefaget og antas å bli assosiert med menneskeverd og brukernes mestringsfølelse (Bengtsson-Tops 2004).

Björkman et. al. (2007) fant positive holdninger til bedringsprosessen i forbindelse med behandling, bedring og friskmelding av brukere med diagnosen schizofreni. Det var kun 7 % som mente at en ikke ville se noen forandring hos brukere med schizofreni dersom de fikk behandling (Björkman et. al. 2007). Brukerne gav uttrykk for at de hadde satt pris på flere sykepleiere med større åpenhet for og tro på forskjellige behandlingsmetoder (Borg og Kristiansen 2004).

“I think it’s important to be able to recognise that someone who has schizophrenia does have a potential that will eventually be achieved, at least for the most part” (Tnoiseux og Ricard 2008, s. 1154).

Davidsson et. al. (2005) kom frem til at selv om betydningen og viktigheten av å ha en holdning basert på at brukerne får prøve og feile på egenhånd kan virke selvsagt, møter sykepleierne betydelige hindringer i forsøk på å oppnå og opprettholde en slik holdning. På grunn av at det meste av deres utdanning og praksis er fokusert på problemer – eller på å unngå eller forebygge problemer – heller enn å fokusere på brukernes kapasitet, interesser og suksess (Davidson et. al. 2005).

4.2 Hvordan formidler sykepleieren tro på at brukeren kan bli bedre?

4.2.1 Betydningen av terapeutiske relasjoner

Forskning viser at kvaliteten på terapeutiske relasjoner er den beste indikasjonen på utfallet for personer med psykiske lidelser. Motivasjon og det at brukerne får noe positivt ut av situasjonen er viktige ingredienser i arbeidet med brukerne, og blir sett på som viktig for et vellykket behandlingsutfall (Tetlie et. al. 2009). Når både sykepleieren og brukeren er villige til, og greier å blotte sin ”menneskelige” side og tør å være seg selv mener Borg og Kristiansen (2004) at det er mer sannsynlig at man får et godt og likeverdig samarbeid. Dette i seg selv er sett på som viktig, om ikke nødvendig i bedringsprosessen. Tetlie et. al. (2009) hevder at det er det terapeutiske forholdet i større grad enn fremgangsmåten, som skaper behandlingsutfallet. Og mener derfor at dette forholdet blir sett på som det mest effektive i all terapeutisk virksomhet.

Sykepleierne ble opplevd som støttende når de prioriterte å etablere en positiv relasjon med brukeren. De hadde mangfoldige måter å samhandle med brukerne på og ulike måter å etablere relasjonene på, men alle hadde like synspunkter og erfaringer om betydningen av en god terapeutisk relasjon for å oppnå et vellykket utfall av behandlingen (Tetlie et. al. 2009). Men det er ikke nok å bare skape en relasjon, den må ha et innhold. Prinsippet om likeverdighet er en viktig faktor i en terapeutisk relasjon. I følge Borg og Kristiansen (2004) må sykepleieren dele makten med brukerne, se og ha tro på kunnskapen og innsikten de som har opplevd å være psykisk syke har. Davidson et. al. (2005) kom frem til at brukerne fant betydning og støtte i sykepleiere som virkelig brydde seg om dem og var villige til å la seg lede av brukerne uten at sykepleierens forventninger til dem slo sprekker.

Det som så ut til å være mest virkningsfullt for brukerne var at sykepleierne hadde evnen til å lytte og følge, heller enn å lede, og å tillate brukerne å ta sine egne valg – og dermed også gjøre sine egne feil, uten at sykepleierne mistet troen på at brukeren har bedringspotensiale (Davidsson et. al. 2005). Det var også viktig at det terapeutiske forholdet var basert på respekt og empowerment, og at sykepleierne gav brukerne mulighet til å trene på å handle selvstendig. En faktor som er sett på som viktig for kvaliteten på det terapeutiske forholdet er empati. Forbedring av empatien hos sykepleieren vil øke kvaliteten på det terapeutiske forholdet i følge Pitkänen et. al. (2008). En annen viktig ting som Pitkänen et. al. (2008) påpeker er at tiltakene overfor brukerne bør være basert på den individuelle brukerens behov.

4.2.2 Sykepleieren som *"bevarer av håpet"*

I følge Borg og Kristiansen (2004) involverer håp en orientering mot fremtiden, og mer spesifikt ønsker, drømmer og ambisjoner. Brukeren trenger å oppleve en bedre og mer ønskelig fremtid som noe mulig og sannsynlig, som en del av bedringsprosessen. I terapeutiske relasjoner der tid, fleksibilitet og tilgjengelighet var viktige elementer kom slike følelser frem over tid. Følelser av håp og mot til å gå videre (Borg og Kristiansen 2004). Derfor er det viktig å ha fokus på håp og drømmer. Håpene og drømmene bør bli en større del av det terapeutiske forholdet, det må være mulighet for å diskutere dem i større grad enn det er i dag. Sykepleierne har også et ansvar når det kommer til oppmuntring. Det å oppmuntre til håp er et viktig element i omsorgen til psykisk syke mennesker (Pitkänen

et. al. 2008). Hellen Grover oppfordrer sykepleierne til å ta sin rolle som ”bevarer av håpet” seriøst:

The ability to act as holders of hope for those who cannot hold it themselves, as well as having the courage to give it back, is critical to good practice (Borg og Kristiansen 2004 s. 504).

4.3 Hvordan påvirkes brukerens bedringsprosess av sykepleierens holdninger?

4.3.1 Positiv innvirkning på bedringsprosessen

Borg og Kristiansen (2004) mener at våkenhet med tanke på relasjoner og kontekst er viktig for sykepleierne, for at de skal kunne danne og utvikle en ekte og gjensidig relasjon med brukeren. En slik relasjon krever en genuin interesse og forståelse for brukerens situasjon, så vel som evnen til å hankses med brukerens smerte, bekymring, angst og til tider krevende oppførsel som kan oppstå (Borg og Kristiansen 2004). Sykepleiernes evne til å ”være tilgjengelig” er avhengig av sykepleierens tro og holdninger om å bruke tid og praktisk hjelp som nøkkelelementer i forhold til terapeutiske relasjoner. Bruken av humor og forsøk på å skape en positiv atmosfære ble sett på som svært viktig i møte med brukerne (Borg og Kristiansen 2004, Tetlie et. al. 2009). Det å skaffe mer - og bedre - informasjon om sykdom og behandlingsstrategi kan bidra til en bedre forståelse av viktigheten av behandlingen både for brukerne og de som er en del av hans eller hennes hverdag. Og en suksessfull bedringsprosess og etterlevelse av oppsatt behandlingsprogram kan i stor grad relateres til det terapeutiske forholdet mellom brukeren og sykepleieren (Tetlie et. al. 2009, Rettenbacher et. al. 2003). Som kontrast til det pessimistiske synet som en ser i mange profesjonelle kulturer og fagbøker, var det mange brukere som ikke så på seg selv som passive offer for en kronisk sykdom (Borg og Kristiansen 2004). Det å ha mulighet til å håpe på et bedre liv hjelper mange av brukerne til å komme seg gjennom deres daglige liv, spesielt i tyngre perioder (Borg og Kristiansen 2004).

4.3.2 Negativ innvirkning på bedringsprosessen

Stereotyping, forhåndsdomming og pessimistiske holdninger til bedring ved behandling og friskmelding hos psykisk syke kan øke selvstigmatiseringen og selvdiskrimineringen med

at brukerne får økte restriksjoner mot helsevesenet (Björkman et. al. 2007). I tillegg til at personer med schizofreni ofte har begrensede muligheter til å lage eller bli inkludert i et sosialt nettverk på grunn av manglende evne til sosial samhandling og på grunn av marginalisering og stigmatisering (Bengtsson-Tops 2004).

Den viktigste faktoren for om brukerne fikk ”besøk” av sykepleierne var om sykepleierne likte dem eller ikke. Dette tyder på at brukerne ble vurdert etter sykepleiernes standard og ikke etter sine behov (Hellzèn 2004). Sykepleiere som tviholdt på prosedyrer og standard aktiviteter og prioriterte sin personlige agenda over personene som trengte hjelp ble ofte omtalt som ”kald” eller ”*lite interessert i meg og min situasjon*” (Borg og Kristiansen 2004). Mange brukere understreket det kroniske aspektet ved schizofrenien, det ble sammenlignet med andre helseplager som hypertensjon og diabetes. ”*I live with schizophrenia. I was born with it, and I will die with it. It’s a part of me*” (Noiseux og Ricard 2008, s. 1153). Da en gruppe på 26 sykepleiere, 20 psykiatere og 46 andre helsepersonell ble spurt om de ville vært villige til å ta antipsykotikum dersom de selv led av schizofreni, var det bare 35 % svarte at de ville tatt medisinene. Når sykepleierne selv ikke er overbevist om behovet for medisin, er det vanskelig om ikke umulig, for dem å motivere brukerne til å ta medisinene (Rettenbacher et. al. 2003).

5. Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Det så ut til at det skulle bli enkelt å finne relevante artikler til det temaet jeg hadde valgt. Det er gjennomført mange studier om schizofreni og holdninger. Det er gjort mye forskning på temaet, men det store flertallet av studiene jeg fant fokuserte på pasientperspektivet. Siden jeg har holdt meg til sykepleierperspektivet fant jeg få artikler, men de få jeg fant ble funnet gjennom kvalitetsvurderingen å være av god kvalitet. Det viser gjerne at det er stor interesse for temaet, men at forskernes fokus er ett litt annet enn hva jeg har. Derfor var det en utfordring å finne nok forskningsartikler til å styrke oppgavens troverdighet. Men med 10 forskningsartikler, mener jeg at studiens resultat har den troverdigheten som skal til.

Da jeg skulle foreta databasesøkene valgte jeg å gå bredt ut. Jeg foretok alle søkekombinasjonene i til sammen åtte forskjellige databaser. Det kan sikkert stilles spørsmålsteget ved om det var nødvendig å gå så bredt ut. Jeg valgte å gjøre det for å være sikker på at jeg ikke mistet gode forskningsartikler på grunn av for snevert søkeområde. Dette viste seg nødvendig med tanke på at det ikke var så enkelt som først antatt å finne de gode artiklene. Men jeg har likevel ingen garanti for at jeg ikke har gått glipp av gode forskningsartikler ut fra at jeg kunne valgt å søke i andre databaser enn de 8, og dermed ville jeg kanskje ha fått andre resultater. Ut fra treffene jeg fikk i de forskjellige databasene så jeg også at en del av artiklene gikk igjen. Men det kan likevel være en fordel å holde seg til de databasene en kjenner til slik at en får utnyttet databasene best mulig.

I utgangspunktet fikk jeg ganske mange treff på de søkekombinasjonene jeg utførte. Og for å systematisk redusere antallet til noe mer håndterbart, valgte jeg å gå gjennom datamaterialet ved hjelp av tre operasjoner. Det kan være mulig at jeg på bakgrunn av at jeg har benyttet denne måten å redusere antall artikler har oversett noen som kunne ha vært aktuelle for studien. Men etter min oppfatning er det sannsynlig at jeg ville ha oversett disse artiklene uavhengig av disse operasjonene eller ikke. Disse operasjonene representerer den måten jeg ville ha jobbet med artiklene uansett, og gjennomgangen i form av de tre operasjonene bidrar til systematisering og en mer nøye gjennomgang av artiklene. Gjennom denne prosessen må de artiklene som skal brukes bli godkjent tre

ganger. Da jeg gjorde tilleggssøkene var jeg ikke fullt så nøye med å følge de tre operasjonene, dette skyldes at jeg i større grad visste hva jeg så etter slik at det ikke var nødvendig å gå like nøye til verks som ved de første søkene. Jeg mener at dette ikke har hatt nevneverdig innvirkning på resultatet fra søkene.

Det ble benyttet inklusjons- og eksklusjonskriterier for å lette arbeidet med å velge hvilke artikler det var verdt å se nærmere på. Jeg valgte å fokusere på forskning gjort i land med likhetstrekk til vår kultur, slik at studiens funn skal kunne ha sammenligningsverdi med norske forhold. Det ble inkludert en del artikler fra Sverige og Norge, og en fra Finland. I tillegg ble det inkluderte to artikler fra USA og Canada, og en studie fra Østerrike. Jeg inkluderte også en multinasjonal studie, som hadde forskningsdata fra både Norge, Sverige, Italia og USA.

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på holdningene til pasienter som befinner seg inne på institusjoner, fordi at sykepleierne der har tett oppfølging av brukerne over tid. De forandringene som skjer, kommer som regel over lenger tid. Derfor kan det være aktuelt å se på utviklingen i en tid etter utskrivning. Derfor har jeg valgt å inkludere artikler med oppfølgingsstudier ute i samfunnet.

Til kvalitetsbedømmingen benyttet jeg Willmann - skjema for kvalitative forskningsartikler og Willmann - skjema for kvantitative forskningsartikler (Willman et. al 2006). Kvaliteten på artiklene ble vurdert ut fra en helhetsvurdering med utgangspunkt i Willmann - skjema. Ved å benytte et poengsystem i tilknytning til skjemaet ville kvalitetsbedømmingen vært mindre skjønnsbasert. Jeg syns dette kan gi et litt feilaktig bilde på kvaliteten på artiklene som blir vurdert, fordi at så lenge kvalitetsbedømmingen foregår gjennom et avkryssingsskjema alene vil resultatet i mine øyne kunne bli lite nyansert. Det er ikke bestandig man kan gi et helt korrekt svar på alle spørsmålene i skjemaet når det ikke er graderte svaralternativer. Derfor mener jeg at det med rette burde være en skjønnsmessig vurdering i tilknytning til Willmann - skjema for å få med de nyanseforskjellene som ikke kommer frem i et slikt avkryssingsskjema. Jeg har valgt å bare inkludere artikler av god kvalitet for å få best mulig kvalitet på den ferdige oppgaven og for å veie opp for eventuelle feiltolkninger på skjønnsiden av kvalitetsvurderingen.

Jeg har en oppgave basert på 10 forskningsartikler. Blant disse 10 artiklene er det 4 kvantitative og 6 kvalitative forskningsartikler. De fleste artiklene har sykepleieperspektiv, men jeg valgte å ta med noen få som hadde pasientperspektiv fordi disse fylte ut og underbygget de funnene jeg hadde fra artiklene med sykepleieperspektiv. Det hadde vært ønskelig med flere artikler i oppgaven, men det var utfordrende å finne nok gode artikler. Det er vanskelig å vise mangfoldet i samfunnet gjennom et så lite oppgavemateriale, og det vil være svært uheldig å trekke bastante konklusjoner med dette som utgangspunkt. Derfor mener jeg at det innenfor rammene for denne oppgaven vil være vanskelig å kartlegge hele systemet. På bakgrunn av dette mener jeg at det antallet artikler jeg har funnet er tilstrekkelig fordi variasjoner vil forekomme uansett, og at jeg har nok artikler til å kunne avdekke at det er variasjoner, men ikke i stor nok grad mengden variasjoner. Men jeg mener at dette er tilstrekkelig til oppgaver av denne typen.

Da jeg skulle se etter temainndelinger valgte jeg å ta utgangspunkt i forskningsspørsmålene jeg utarbeidet i begynnelsen av studien. Deretter så jeg etter temaer under hvert av forskningsspørsmålene. Det kan tenkes at jeg hadde fått et annet resultat dersom jeg hadde valgt å se bort fra forskningsspørsmålene i begynnelsen av analyseprosessen og prøvd å se etter overordnede temaer uavhengig av forskningsspørsmålene. Men siden det er disse forskningsspørsmålene jeg har basert oppgaven på, og de er laget for å konkretisere problemstillingen, følte det riktig å ta utgangspunkt i disse da artiklene skulle analyseres. I denne litteraturstudien har forskningsspørsmålene endret form for å tilpasses nye funn i materialet. Det ble formulert et ekstra forskningsspørsmål på bakgrunn av funn som ikke stemte med de andre forskningsspørsmålene. Derfor mener jeg at med et så stort fokus på forskningsspørsmålene er det en fare for at disse kan bli for styrende for resultatet, men i dette tilfellet styrte funnene utformingen av forskningsspørsmålene.

Etter gjennomlesing av den ferdige litteraturstudien kan jeg se at funnene i stor grad er negative og at de gjenspeiler en negativ holdning. Det kan være en mulighet for at forskningsartiklene som ble brukt i studien var farget av negative holdninger hos forfatterne. Men det var de funnene jeg fant, og de kan representerer de holdningene en del sykepleiere sitter med i forhold til schizofreni.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke sykepleiernes holdninger til personer med schizofreni, og hvordan dette påvirker brukernes bedringsprosess.

5.2.1 Sykepleiernes holdninger til personer med schizofreni

Sykepleierne opplevde at de var låst i en tradisjonell tankegang om psykiatrisk sykepleie, og at dette medførte vanskeligheter for nye og alternative tenkemåter om brukerne (Tetlie et.al. 2009). Vi kan se at dette vil ha negativ innvirkning på brukerne. Den tradisjonelle tankegangen kan kobles opp mot tanken om at schizofreni er en kronisk sykdom. På grunn av at mange sykepleiere fortsatt ser ut til å være påvirket av Kraepelin's lengelevende oppfatning om at schizofreni er en kronisk sykdom med dårlige utsikter til bedring. Blant 120 sykepleiere mente over 46% at pasienter med schizofreni aldri ville bli friske (Borg og Kristiansen 2004, Björkman et. al. 2007). Dette er en oppfatning det har vist seg vanskelig å snu, til tross for god dokumentasjon på bedring. En kan bli frisk selv om en har fått diagnosen schizofreni. Faktisk så mange som 1/3 blir helt friske. Det er mulig å bli helt bra, få orden på livet sitt og leve godt, som folk flest (Topor 2005, Borg og Topor 2003). Men det aspektet som antagelig er med på å gjøre det så vanskelig å forstå at schizofrene kan bli friske, er nok det at mange schizofrene oppleves som svært dårlige over lang tid. Men så plutselig begynner de å komme seg (Lauveng 2006, Topor 2005). Som en kontrast til det pessimistiske synet som en ser i mange profesjonelle kulturer og fagbøker, var det mange brukere som ikke så på seg selv som passive offer for en kronisk sykdom (Borg og Kristiansen 2004). Det kan være variasjoner i hvilke holdninger en blir møtt med, og det sier gjerne noe om hvilken avdelingskultur institusjonen har (Karlsson 2008).

Det som er viktig uansett hvor dårlig brukeren virker, er at vi som sykepleiere er bevisste på hvordan vi møter brukeren. For det har stor betydning for brukerens tro på seg selv, og påvirker hans eller hennes muligheter for bedring. Det er viktig at brukeren blir møtt som en person og et medmenneske, ikke som en syk person med en kronisk sykdom. Det er også viktig at brukerens tidligere psykiatriske historie ikke har noen innvirkning på hvordan han eller hun blir møtt (Tetlie et. al. 2009). Brukerne savner dypere kontakt med personalet og innsiktsorientert behandling under institusjonsopphold, slik at de kan få en dypere forståelse og innsikt i sine problemer mener Karlsson (2008). Noen sykepleiere hadde forutinntatte holdninger om brukernes muligheter for et sosialt liv. Gjennom slike

forutinntatte holdninger reduserer sykepleierne brukernes muligheter til å få et sosialt liv (Hellzèn 2004). Sykepleierne legger ikke til rette for at brukerne skal kunne bli bedre, og dette kan fort bli som en selvoppfyllende profeti (Bunkholdt 2002). Den subjektive opplevelsen av egne ferdigheter er betydningsfull for hvor godt en kan lykkes og samtidig fremme tilliten til egen mestring (Karlsson 2008). Det er viktig at vi som sykepleiere har kunnskap om hvordan vi virker inn på andre, og hvilken betydning våre holdninger vil ha overfor dem. I dette ligger et lite varsel om at vi må være oppmerksomme på hvilke holdninger vi har, og en påminnelse om å ta inn over oss ansvaret vi har for våre holdningsmessige reaksjoner (Kristoffersen et. al. 2005).

Björkman et. al. (2007) så mest negative holdninger blant somatiske sykepleiere og blant sykepleiere med mindre profesjonell erfaring. Noe som på den andre siden vil si at psykiatriske sykepleiere og sykepleiere med mer erfaring gjerne har mer positive holdninger til brukergruppen (Björkman et. al. 2007). Hvis man ser på hvordan holdningene utvikles, kan en også se en del av forklaringen. Utviklingen av holdninger er en del av sosialiseringen, fordi de både dannes som resultat av samspill med andre, og påvirker måten vi omgås andre (Bunkholdt 2002). Det vil med andre ord si at vi påvirkes av dem rundt oss, og dem rundt oss påvirkes av oss. Da er spørsmålet hvor sterk påvirkningen er, og hvor den kommer fra. Dette igjen er avhengig av hvor sterkt en står, som ung og uerfaren står en svakere og er derfor mer lettpåvirkelig. Sykepleierne kan møte betydelige hindringer i forsøk på å oppnå og opprettholde en positiv holdning, når denne skiller seg ut fra det sykepleierne har tilegnet seg gjennom utdanning og praksis (Davidson et. al. 2005).

Det er viktig at praksisfeltet innser betydningen av sine holdninger og innvirkningen holdningene har på brukerne de er der for å hjelpe. Derfor er det nødvendig at de psykiatriske avdelingene ser på hvilke holdninger deres arbeidskultur fremmer, og tar et oppgjør med negative holdninger til det beste for brukerne.

5.2.2 Hvordan formidler sykepleieren tro på at brukeren kan bli bedre?

Sykepleierne hadde mangfoldige måter å samhandle med brukerne på og ulike måter å etablere relasjoner på, men alle hadde like synspunkter og erfaringer om betydningen av en god terapeutisk relasjon for å oppnå et vellykket utfall av behandlingen (Tetlie et. al.

2009). Men det er ikke nok å skape en relasjon, den må også ha et innhold. Og det er hva relasjonen består av som avgjør om det er en god terapeutisk relasjon. Prinsipper om likeverdighet, empowerment og maktfordeling er viktige faktorer i en terapeutisk relasjon. Sykepleierne må dele makten med brukerne, se og ha tro på kunnskapen og innsikten de har de som har opplevd å være psykisk syke (Borg og Kristiansen 2004). Brukerdeltakelse innebærer anerkjennelse og respekt for opplevelsene og kunnskapen til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Og respekt for den andres rett til å oppleve verden på sin måte innebærer likeverdighet (Borg og Topor 2003, Vatne 2006). Det er en reell maktubalanse i forholdet mellom sykepleieren og brukeren, fordi sykepleieren har en profesjonell kompetanse, funksjon og rolle, ofte med reell makt i forhold til brukeren. Dette har innvirkning på relasjonen, men for å hjelpe brukeren i bedringsprosessen må sykepleieren forsøke å oppgi sitt kontrollbehov og heller verdsette brukermedvirkning (Tveiten 2007). En aktiv bruker med kunnskap om seg selv skaper behov for maktfordeling, både når det gjelder hvilken kunnskap som skal ha mest gyldighet, og hvilke valg som skal tas (Borg og Topor 2003).

For å styrke brukerens empowerment er det viktig med en omfordeling av makt fra sykepleieren til brukeren og gjennom dette tillate brukeren å ta egne valg – og dermed også gjøre sine egne feil, uten at sykepleieren mister troen på brukeren (Davidson et. al. 2005). Å la brukerne ta egne valg kan hjelpe dem til å bruke sine egne ressurser i stedet for at deres egenskaper eller problemer skal bli behandlet eller korrigert. Det er også viktig at behandlingen og bedringsprosessen tar utgangspunkt i brukerens egne tanker og virkelighetsforståelse, og i mindre grad styres fra sykepleierens ståsted (Karlsson 2008). Refleksjon for å tydeliggjøre oppfatninger om brukeren er viktig i arbeidet med psykisk syke. Brukeren og sykepleieren har ulike erfaringsbakgrunn og kan tolke tegn svært forskjellig. Uten å korrigere egne oppfatninger opp mot brukerens syn på samme sak kan sykepleierens handlinger bli basert på feiltokninger. Dette kan være svært uheldig for brukeren og hans eller hennes bedringsprosess. Forsøk på å korrigere egne oppfatninger er i seg selv en anerkjennende prosess, der sykepleieren forsøker å forstå og anerkjenne brukerens indre verden (Vatne 2006). Det er dokumentert at brukerdeltakelse, som kommer til syne i form av at sykepleieren mobiliserer engasjement, emosjonalitet og selveksponering påvirker bedringsutfallet positivt. Motivasjon til å komme i gang med bedringsprosessen blir stimulert når brukerne opplever at sykepleierne tror på dem og utfordrer dem (Karlsson 2008).

Dersom sykepleieren ikke greier å formidle tro på brukeren kan dette bidra til å styrke hans eller hennes følelse av å ikke bli bedre. Dette kan fort føre til at brukeren gir opp troen på at han eller hun kan ha noen innvirkning på sykdommens utvikling. Og det er ikke til å komme bort fra at det å oppmuntre til håp er et viktig element for å formidle tro på at brukeren kan bli bedre (Kylmä et. al. 2006, Borg og Kristiansen 2004). Dersom brukeren mer eller mindre gir opp troen på bedring kan han eller hun fort legge fra seg ansvaret og legger bort aktive mestringsstrategier. Dette fører til at bruken havner i en ond sirkel av håpløshet og passivitet (Kylmä et. al. 2006). Da er det opp til sykepleierne å hjelpe brukerne til å oppleve en bedre og mer ønskelig fremtid som noe mulig og sannsynlig. Støtte fra omgivelsene er av stor betydning i dette arbeidet. En må formidle håp om fremtiden og tro på brukerens handlekraft og muligheter (Borg og Kristiansen 2004, Borg og Topor 2003).

Det er viktig å tenke på at bedring ikke fremstår som en rettlinjet prosess, men som et liv og en hverdag med oppturer og nedturer, der den enkelte prøver å finne sine egne veier (Borg og Topor 2003). Derfor er det viktig å ha tro på brukeren uansett hvilke muligheter du som sykepleier tror at han eller hun har. Mye av bedringsprosessen skjer i det stille, i brukerens bevissthet. På overflaten ser det ikke ut til at det skjer noe som helst, men under den rolige overflaten foregår det sannsynligvis et omfattende arbeid for å finne den indre motivasjonen som skal til for å bryte gjennom stillheten og passiviteten som sykdommen utgjør. Denne indre motivasjonen kan komme fra andre viktige personer, gjerne i form av at de bare er der og venter på at brukeren skal bli frisk. Derfor er det viktig å formidle håp og tro til tross for at brukeren ser stille og passiv ut på overflaten (Topor 2005).

Praksisfeltet kan tjene på å øke fokuset på terapeutiske relasjoner og deres betydning for brukernes bedringsprosess. Det er ”alltid rom for forbedring”. Terapeutiske relasjoner burde komme mer i fokus allerede i sykepleierutdanningen. I tillegg burde sykepleierne bli mer klar over hva brukerdeltakelse innebærer og hva det krever av dem som fagpersoner, slik at brukermedvirkning blir akkurat det; brukermedvirkning, og ikke et alibi for helsevesenet (Tveiten 2007).

5.2.3 Sykepleiernes innflytelse på brukernes bedringsprosess

Stereotyping, forhåndsdomming og pessimistiske holdninger til bedring ved behandling og friskmelding hos psykisk syke kan øke selvstigmatiseringen og selvdiskrimineringen med at brukerne får økte restriksjoner mot helsevesenet. Borg og Topor (2003) har intervjuet flere personer med diagnosen schizofreni, og flere av disse forteller at de ble behandlet som ”kronikere” og at de ble møtt med en ”utrolig pessimisme”. De snakket om manglende engasjement fra fagfolk og om det totale fraværet av tro på at det ville gå bra. Sykepleierne fortolket ofte brukernes adferd som en del av deres sykdomsbilde eller personlighet, noe som medførte stereotype oppfatninger og stigmatisering av brukerne. Videre er det viktig å være klar over at personer som opplever stigmatisering kan utvikle oppfatninger om seg selv som mindreverdige, og det har negativ innvirkning på bedringsprosessen (Vatne 2006). Men til tross for det pessimistiske synet som en ser i mange profesjonelle kulturer og fagbøker, var det mange brukere som ikke så på seg selv som passive offer for en kronisk sykdom (Borg og Kristiansen 2004).

En god terapeutisk relasjon krever en genuin interesse og forståelse for brukernes situasjon, så vel som evnen til å henses med brukernes smerte, bekymring og angst (Borg og Kristiansen 2004). Ved å spørre brukerne om hva som er viktig for dem, kan vi tilegne oss kunnskap om hvilken mening og sammenheng de tillegger sine opplevelser og reaksjoner. Dette kan tilføre sykepleierne kunnskap om hva som hjelper brukerne i bedringsprosessen, og vil kunne sikre at intensjonen om økt brukermedvirkning blir fulgt opp (Karlsson 2008). At sykepleierne og andre rundt brukeren har positive forventninger til forløpet ved schizofreni kan ha betydning for brukeren. Og det er viktig at denne kunnskapen formidles både til brukere, familie og terapeuter (Borg og Topor 2003). Deling av interpersonlige problemer har betydning for læring av sosiale ferdigheter. Ved å dele erfaringer kan også isolasjon og ensomhetsfølelse reduseres (Karlsson 2008). En forutsetning for empati er at en forsøker å sette seg inn i brukernes opplevelser og erfaringer, og har medfølelse. Det er også viktig å vise forståelse. I en anerkjennende sammenheng er det snakk om en indre og ikke en ytre forståelse. Det vil si at sykepleieren må inn i brukerens opplevelsesverden, kjenne på følelser slik de oppleves av brukeren. Dette forutsetter at sykepleieren kan kontakte tilsvarende følelser i seg selv. Derfor kan empati være vanskelig i møte med brukere som oppleves som veldig forskjellige fra en selv, eller som vekker avsky eller antipati (Vatne 2006). Å sette seg inn i en brukers

situasjon innebærer å kunne se problemene, men også all kompetansen han eller hun har, de mer hverdagslige forhold og situasjoner samt behandlingsopplegget fra brukerens eget ståsted (Borg og Topor 2003).

Når den viktigste faktoren for om brukerne fikk besøk fra sykepleierne var om sykepleierne likte dem eller ikke, tyder det på at brukerne ble vurdert ut fra sykepleiernes standard, og ikke etter sine behov (Hellzén 2004). Holdninger omhandler overordnede ideer som ligger til grunn for våre handlinger. De fleste bilder forandrer seg etter hvilket perspektiv en ser dem fra. Med dette forsøker jeg å si at en ikke skal dømme enkeltmennesker, men prøve å lære av dårlige eksempler for så å prøve å unngå å gjøre lignende feil i ettertid. Vi kan ha de samme verdiene, men likevel rangere eller vektlegge dem ulikt i forhold til hverandre, og det får betydning for hva vi fokuserer på (Bredland et. al. 2002).

5.2.4 Sykepleiernes holdninger til medikasjon

Da en gruppe på 26 sykepleiere, 20 psykiatere og 46 andre helsepersonell ble spurt om de ville tatt antipsykotikum dersom de selv led av schizofreni, var det bare 35 % som svarte at de ville tatt medisinerne. Siden det da vil være svært vanskelig, om ikke umulig å motivere brukerne til å ta medisinerne, har dette negativ innvirkning på brukernes bedringsprosess (Rettenbacher et. al. 2003). Flere brukere beskrev det å få impulser og verktøy gjennom behandlingsprosessen som en opplevelse av håp og mening for det videre livet (Karlsson 2008). Dette sier noe om betydningen sykepleiernes støtte har for brukerne. Dermed er det ikke så vanskelig å tenke seg konsekvensene det vil få at sykepleierne ikke greier å motivere brukerne til å ta medisiner de har behov for. For sykepleiere som skal støtte brukere i deres bedringsprosess, er det viktig å heve blikket utover symptomer og problemer. Det sosiale livet har stor betydning i bedringsprosessen. Alt og alle rundt som støtter arbeidet frem mot et bedre liv, og som brukeren aktivt benyttet seg av, er vel så viktig som hjelpeapparatet (Borg og Topor 2003). I følge Karlsson (2008) presiserte brukerne like fullt hvor stor betydning det hadde hvilke holdninger personalet møtte dem med. En anerkjennende holdning kan fungere forsonende i behandlingsforholdet når det gjelder å bli sett og forstått, og er av betydning for at brukeren skal oppnå gunstig selvutvikling.

Praksisfeltet må ta et oppgjør med forestillingen om at schizofreni er en kronisk sykdom. Og kanskje gjennom dette få slutt på mye av den stigmatiseringen brukerne opplever å må leve med uavhengig av bedringen deres.

6. Konklusjon

Mange sykepleiere har negative holdninger til schizofreni og utsiktene til bedring for denne pasientgruppen. Det er mange sykepleiere som holder på en oppfatning om at schizofreni er en kronisk sykdom, og at sjansene for å bli frisk dermed er minimale. Det viste seg likevel at det kan være variasjoner i hvilke holdninger brukerne blir møtt med, og det sier gjerne noe om hvilken avdelingskultur det er på den spesielle avdelingen eller institusjonen med tanke på holdninger til brukerne. Det får konsekvenser for klinisk praksis i form av at de psykiatriske avdelingene bør bevisstgjøres på hvilke holdninger deres avdelingskultur fremmer, og ta et oppgjør med eventuelle negative holdninger til det beste for brukerne. Dette er et langsiktig arbeid, og det er ikke lett å forandre holdninger og avdelingskultur som har vært gjeldende over lang tid. Likevel er det viktig at vi som sykepleiere er åpne for forandringer og ny forskning innen våre spesialområder.

I den hensikt å bidra til brukernes bedringsprosess etablerer sykepleierne gode terapeutiske relasjoner til brukerne. De vektlegger prinsipper om likeverdighet og empowerment, og de forsøker å vise respekt og anerkjennelse for brukerne og deres kamp for bedring.

Sykepleierne jobber for å utligne maktubalansen mellom seg og brukerne og gjør sitt beste for å verdsette prinsippene ved brukermedvirkning. Den kliniske praksisen bør sette mer fokus på terapeutiske relasjoner og betydningen av disse, gjennom internundervisning og forskning. I tillegg til at det bør rettes mer fokus mot brukermedvirkning, og det er kanskje nødvendig at retningslinjene rundt dette utarbeides slik at det blir lettere å ivareta brukeren på best mulig måte. Det kan være nødvendig med samfunnsmessige omveltninger i forhold til måten psykiatrien er drevet i dag. Derfor vil jeg understreke at dette ikke er ting man får gjort store fremskritt med over natten. Det er i stor grad snakk om holdningsendringer, og slike endringer tar tid å etablere.

Studiene viser at det er en del negative holdninger til brukere med schizofreni, spesielt med tanke på muligheten for å bli frisk. Sykepleierne blir opplevd som passive og pessimistiske, når det brukeren faktisk trenger er støtte og motivasjon. I en slik sammenheng er empati svært viktig. Men en forutsetning for empati er at en forsøker å sette seg inn i brukerens opplevelser og erfaringer, og har medfølelse. Det er vanskelig å svare mer utfyllende på hvordan brukernes bedringsprosess blir påvirket av sykepleiernes holdninger på grunn av at svaret må komme fra brukerne. Denne litteraturstudien har et

sykepleieperspektiv og på bakgrunn av det, er det vanskelig å svare bedre på hvordan sykepleiernes holdninger påvirker brukernes bedringsprosess. Praksisfeltet bør ta et oppgjør med forestillingen om at schizofreni er en kronisk sykdom. Da lykkes det dem kanskje å få slutt på noe av de negative holdningene og stigmatiseringen brukerne blir utsatt for. Som nevnt over er det snakk om holdningsendringer, og det er kanskje aktuelt at endringene kommer fra et organisatorisk plan og ikke bare i de enkelte avdelingene.

Det bør forskes videre på hvordan sykepleierne oppfører seg overfor brukerne, og hva de vektlegger når de tar valg som vedrører brukerne. Det har vært en del forskning på hvordan brukerne blir bedre, men det bør forskes videre på hva sykepleierne gjør for å hjelpe brukerne til å bli bedre. Det bør også forskes mer på hvilke holdninger sykepleierne har til psykisk syke, og om sykepleierne er klar over hvilken innvirkning deres holdninger og handlinger har på brukerne. Det kunne vært aktuelt å prøve å finne svar på hvordan sykepleiernes holdninger påvirker brukernes bedringsprosess, sett fra et pasientperspektiv. Siden de forandringene som trengs i praksis er på et holdningsmessig plan er dette forandringer som vil være vanskelige og tidkrevende å få gjennomført, derfor kan det være aktuelt med forskning på holdninger og holdningsendringer i psykiatrien i årene fremover.

7. Litteraturliste

- Askheim, O. og Starrin, B. (2007) *Empowerment: i teori og praksis* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bengtsson-Tops, A. (2004) Mastery in patients with schizophrenia living in the community: relationship to sociodemographic and clinical characteristics, needs for care and support, and social network *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 298-304.
- Björkman, T. et. al. (2008) Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care *Scand J Caring Sci*, 22, 170-177.
- Bredland, E., Linge O. og Vik, K. (2002) *Det handler om verdighet: ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borg, M. og Kristiansen, K. (2004) Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services *Journal of Mental Health*, 13(5), 493-505.
- Borg, M. og Topor, A. (2003) *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlig psykiske lidelser* Oslo: Kommuneforlaget.
- Bunkholdt, V. (2005) *Psykologi: en innføring for helse- og sosialarbeidere* 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2002) *Metode og oppgaveskriving for studenter* 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Davidson, L. et. al. (2005) Processes of recovery in serious mental illness: findings from a multinational study *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 177-201.
- Ekeland, T. og Heggen, K. (2007) *Meistring og myndiggjering: reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hellzén, O. (2004) Nurses' personal statements about factors that influence their decisions about the time they spend with residents with long-term mental illness living in psychiatric group dwellings *Scand J Caring Sci*, 18, 257-263.
- Karlsson B. (2008) *Se mennesket: om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F. og Skaug, E. (2005) *Grunnleggende sykepleie bind 1* Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kylmä, J. et. al. (2006) Hope and schizophrenia: an integrative review *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 651-664.
- Lauveng, A. (2005) *I morgen var jeg alltid en løve* Oslo: Cappelen.
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 2. utg Oslo: Universitetsforlaget.
- Moldovan, V. (2007) Attitudes of mental health workers towards community integration of the persibs with serious and persistent mental illness *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10, 19-30.
- Noiseux, S. et. al. (2008) Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: a grounded theory *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1148-1162.
- Nortvedt, M. et. al. (2007) *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Pitkänen, A. et. al. (2008) Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: a qualitative study *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1598-1606.
- Rettenbacher, M. et. al. (2004) Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication *Pharmacopsychiatry*, 37, 103-109.
- Snoek, J. og Engedal, K. (2008) *Psykiatri: kunnskap, forståelse og utfordringer* 3. utg Oslo: Akribe.
- Tetlie, T. et. al. (2009) Using exercise to treat patients with severe mental illness: How and why? *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(2), 33-40.
- Tveiten, S. (2007) *Den vet best hvor skoen trykker...: om veiledning i empowermentprosessen* Bergen: Fagbokforlaget.
- Topor, A. (2005) *Fra patient til person* København: Akademisk Forlag.
- Vatne, S. (2006) *Korrigere og anerkjenne* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Verdens legeforening (2000) *Helsinkideklarasjonen*
- Willman, A. et. al. (2006) *Evidensbaserad omvårdnad* Lund: Studentlitteratur

Vedlegg 1: PIO - skjema

TEMA / HVA ER DET JEG ØNSKER Å VITE NOE (MER) OM:

PROBLEMSTILLING:

P/M	I	O/E

Vedlegg 2: Willman – skjema for kvantitative forskningsartikler

Evidensbasert omvårdnad

Bilaga G

Exempel på protokoll for kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metode

Beskrivning av studien

Forskningsmetode ☐ RCT ☐ CCT (ej randomiseret)
☐ multicenter, antal center
☐ Kontrollgruppe/er

Patientkarakteristika Antal
Ålder
Man/Kvinne

Kriterier for ekskludering

Adekvate eksklusjoner ☐ Ja ☐ Nei

Intervention
.....
.....

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått
.....
.....

Urvalsførfarandet beskrevet? ☐ Ja ☐ Nei

Representativt urval? ☐ Ja ☐ Nei

Randomiseringsførfarande
beskrevet? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ej

Likverdige grupper ved start? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ej

Analyserte i den gruppe som de
randomiserades til? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ej

Blindning av patienter? ☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ej

Blindning av vårdare?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej
Blindning av forskare?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Bortfallsstorleken beskriven?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Adekvat statistisk metod?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Etiskt resonemang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<i>Hur tillförlitligt är resultatet?</i>		
Är instrumenten valida?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är instrumenten reliabla?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är resultatet generaliserbart?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

.....

.....

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

☐ Bra ☐ Medel ☐ Dålig

Kommentar

.....

.....

Granskare sign:

Vedlegg 3: Willman – skjema for kvalitative forskningsartikler

Evidensbaserad omvårdnad

Bilaga H

Exempel på protokoll for kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydelig avgrænsning/problemformulering? ☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Patientkarakteristika

Antal

Ålder

Man/kvinna

År konteksten presenterad?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Etisk resonemang?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Urval

– Relevant?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

– Strategisk?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Metod for

– urvalsfarande tydelig beskrevet?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

– datainsamling tydelig beskrevet?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

– analys tydelig beskrevet?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Giltighet

– År resultatet logisk, begriplig?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

– Råder datamåttning?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

– Råder analysmåttning?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Kommunicerbarhet

– Redovisas resultatet klart og tydelig?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

– Redovisas resultatet i forhold til en teoretisk referensram?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Genereres teori?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Vet ej

Huvudfynd

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening
beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....

.....

.....

.....

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

☐ Bra

☐ Medel

☐ Dålig

Kommentar

.....

.....

Granskare (sign)

Vedlegg 4: Artikkelloversikt

Forfatter År Tittel Tidsskrift Land	Hensikt	Metode / instrument	Deltakere /frafall	Hovedfunn	Kvalitet
Björman et. al. (2008) Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care <i>Scand J Caring Sci</i> Sverige	Utforske sykepleiernes holdninger til psykisk sykdom og personer med psykisk sykdom i både psykiatriske og somatiske avdelinger	Kvantitativ / spørreskjema	120 sykepleiere, 69 somatiske sykepleier og 51 psykiatriske sykepleiere	En del forskjeller mellom somatiske og psykiatriske spl. Psykiatriske spl. har mindre negative holdninger til pasientgruppen .	Bra
Rettenbacher et. al. (2004) Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication <i>Pharmacopsychi atry</i> Østerrike	Utforske sykepleiernes holdninger til schizofreni og medisinering	Kvantitativ / spørreskjema	24 pasienter, 20 psykiatere, 26 sykepleiere og 42 andre helsepersonell	Mange sykepleier ville ikke tatt antipsykotiku m dersom de selv led av schizofreni. Forskjellig syn på medikamenter hos de forskjellige faggruppene.	Bra
Hellzén (2004) Nurses' personal statements about factors that influence their decisions about the time they spend with residents with long-term mental illness living in psychiatric group dwellings <i>Scand J Caring Sci</i>	Tolke sykepleiernes tanker og refleksjoner over faktorer som påvirker deres beslutning angående tiden de tilbringer sammen med pasientene	Kvalitativ / fokusgruppe- intervju	32 sykepleiere fra to psykiatriske avdelinger	Psykiatripasien ter kan bli overlatt til seg selv mye av dagen. Oppmerksomh et fra sykepleierne er avhengig av om sykepleierne liker pasienten eller ikke.	Bra

Sverige					
Bengtsson-Tops (2004) Mastery in patients with schizophrenia living in the community: relationship to sociodemographic and clinical characteristics, needs for care and support, and social network <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> Sverige	Undersøke sammenhengen mellom mestring og behov for sykepleie og om forandringer i mestring gjennom en 18 måneders oppfølging fører til forandring i behovet for sykepleie	Kvantitativ / 7-punkts selv-rapporterings-skala	120 pasienter, 26 pasienter deltok ikke på oppfølgingsstudien av forskjellige grunner	Bedre mestring førte til mindre symptomer, som igjen kan relateres til bedring	Bra
Pitkänen et. al. (2008) Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: a qualitative study <i>International Journal of Nursing Studies</i> Finland	Undersøke pasientenes oppfatning av sykeplei tiltakene som skal styrke pasientens livskvalitet	Kvalitativ / intervju	35 pasienter	Sykepleierne burde ha mer fokus på sykeplei tiltak som har betydning for pasientens livskvalitet	Bra
Noiseux et. al. (2008) Recovery as perceived by people with schizophrenia, family members and health professionals: a grounded theory <i>International Journal of Nursing Studies</i> Canada	Undersøke hvordan bedring blir oppnådd og beskrevet av personer med schizofreni, pårørende og helsepersonell	Kvantitativ / feltobservasjon og halvstrukturert intervju	16 pasienter, 5 familiemedlemmer, 20 helsepersonell	Oppmerksomhet mot pasienten i stedet for å fokusere på symptomer og tegn knyttet til sykdommen	Bra
Borg et. al.	Utforske	Kvalitativ /	15 pasienter	Å ha mulighet	Bra

(2004) Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services <i>Journal of Mental Health</i> Norge	terapeutiske relasjoner fra brukerens perspektiv	intervju		til å se fremover til et bedre liv er viktig, spesielt for de som har det tøft	
Tetlie et. al. (2009) Using exercise to treat patients with severe mental illness: How and why? <i>Journal of Psychosocial Nursing</i> Norge	Få svar på hvordan bruker sykepleierne trening i behandlingen av psykisk syke. Hvordan pasientene opplever treningen	Kvalitativ / intervju	15 pasienter og 5 sykepleiere	Suksessfullt utbytte av treningen som behandling er avhengig av den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient	Bra
Moldovan (2007) Attitudes of mental health workers towards community integration of the persibs with serious and persistent mental illness <i>American Journal of Psychiatric Rehabilitation</i> USA	Undersøke sykepleiernes holdninger til samfunnsintegrering av personer med alvorlige psykiske lidelser	Kvantitativ / strukturerte intervju	27 sykepleiere	Sykepleierne uttrykte positive holdninger til samfunnsintegrering, men ved spørsmål om konkrete handlinger kom det frem at de ikke hadde så stor tro på samfunnsintegreringen likevel	Bra
Davidson et. al. (2005) Processes of recovery in serious mental illness: findings from a multinational study <i>American Journal of Psychiatric</i>	Undersøke hvordan brukerne håndterer situasjonen sin, hvilken rolle materielle ressurser spiller, hvilken rolle formelle og uformelle helsetilbud	Kvalitativ / intervju	12 pasienter	Viktig å få gå sine egne veier uten at det går ut over brukerens troverdighet. Oppleve støtte selv om en trår feil	Bra

<i>Rehabilitation</i> Norge, Sverige, Italia og USA	spiller, hvilken rolle pårørende spiller og betydningen av sosiale og kulturelle faktorer for bedringsproses sen				
---	--	--	--	--	--